



受診される患者様へ、当院からのお願い

下記を一読していただき確認のため□に✓をお願いします。

- 当院では診察や検査を行う際に患者様ご自身からお名前を言っていただくようにしております。ご協力をお願いいたします。
- 電話のお問い合わせは 17 時までにはいただけますと対応がスムーズです。
- 当院には男性医師・男性胚培養士が在籍しており、診療や採卵・移植などの処置に立ち会うことがあります。

《問診票》

初診( 記入日 年 月 日 ) ID( )

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H 年 月 日生 ( 歳)	生年月日	S・H 年 月 日生 ( 歳)
職業		職業	
	身長 cm 体重 Kg 血液型 型(Rh + -)		身長 cm 体重 Kg 血液型 型(Rh + -)
住所	〒	住所	※奥様と住所が異なる場合は記入をお願いします 〒
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 ( ) - <input type="checkbox"/> 自宅番号 ( ) - 当院からのご連絡 <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 指定なし 可能なお時間帯 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> ( : ~ : )	連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 ( ) - <input type="checkbox"/> 自宅番号 ( ) - 当院からのご連絡 <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 指定なし 可能なお時間帯 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> ( : ~ : )
携帯☎アドレス等	( )@ ( )	携帯☎アドレス等	( )@ ( )
通院時間	約 時間 分 交通機関 ( )		
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 医師からの紹介 ( 医院名 : 医師名 : ) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 ( ) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚(西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚(西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 再婚(西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚(西暦 年 月 日結婚予定)		
今回受診された理由は	<input type="checkbox"/> こどもが欲しい…妊娠を希望された(避妊をしていない)のはいつからですか ( 年 月~) <input type="checkbox"/> 妊娠しても経過がうまくいかない <input type="checkbox"/> 不育検査を希望 <input type="checkbox"/> 性生活がうまくいかない <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (不妊治療相談) <input type="checkbox"/> 男性不妊外来受診中 <input type="checkbox"/> がん検診・子宮頸癌ワクチン希望 <input type="checkbox"/> 婦人科相談…詳しい相談内容は裏面の②欄にご記入ください <input type="checkbox"/> その他( )		
月経について	初潮 歳 閉経 歳 性交渉の経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最終月経 月 日 ~ 月 日 ( 日間) 周期 (月経がはじまった日から次の月経があるまで) <input type="checkbox"/> 順調( 日周期) <input type="checkbox"/> 不順( 日から 日) 月経に伴い右記の症状がありますか <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 痛み止めを使用しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
妊娠歴について	① 歳の時 (経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g) ② 歳の時 (経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g) ③ 歳の時 (経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g)		

(裏面に続きます)

20220107

あなた(奥様)のことについてお尋ねします。

① 喘息（小児喘息を除く）に罹った事がありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月）最終発作（ 年 月位）
② アスピリン喘息診断をうけましたか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月）最終発作（ 年 月位）
③ 小児喘息に罹った事がありましたか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月）最終発作（ 年 月位）
④ 緑内障と言われたことありますか	はい いいえ	
⑤ ピリンアレルギーと言われたことありますか	はい いいえ	
⑥ 内服薬や注射でアレルギーを経験したことはありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月） 薬品名 症状（ ）
⑦ 薬品以外で右記のアレルギーを経験したことはありますか	はい いいえ	ゴム アルコール 金属 食べ物（大豆、卵、乳製品） フルーツ（ ） その他（ ）
⑧ 心臓病、不整脈と言われたことありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月 ） 治療中（薬品名 ） 現在治療無し
⑨ てんかんを指摘されたことありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月 ）
⑩ 甲状腺疾患と言われたことありますか	はい いいえ	機能亢進症・機能低下症 いつ頃（ 年 月 ） 治療中（薬品名 ） 現在治療無し
⑪ 右記の感染症に罹った事がありますか	はい いいえ	HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎
⑫ 今までに婦人科で内診を受けたことありますか	はい いいえ	
⑬ 内診で気分不良や貧血などを起こしたことはありますか	はい いいえ	いつ頃（ ） 症状（ ）
⑭ 婦人疾患を指摘されたことありますか	はい いいえ	子宮筋腫・子宮内膜症・腺筋症・ 卵巣のう腫（チョコレートとう腫・デルモイド等） その他（ ）
⑮ 今まで過呼吸、パニック症状が起こったことはありますか（狭いところが怖い等）	はい いいえ	いつ頃（ ） 原因（ ）
⑯ 精神科、心療内科に通院していますか または通院していたことがありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月 ） 治療中（薬品名 ） 現在治療無し
⑰ その他、現在治療中の病気はありますか	はい いいえ	いつ頃（ 年 月 ） 治療中（薬品名 ） 現在治療無し いつ頃（ 年 月 ） 治療中（薬品名 ） 現在治療無し
⑱ 歯科などの局所麻酔でトラブルはありましたか	はい いいえ	いつ頃（ ） 症状（ ）
⑲ 手術や麻酔のトラブル、その他の異常な症状がありましたか	はい いいえ	いつ頃（ ） 症状（ ）
⑳ 血が止まりにくかった経験はありますか	はい いいえ	
㉑ 喫煙していますか 同居のご家族で喫煙されている方がいますか	はい いいえ はい いいえ	ご主人・両親・その他（ ）
㉒ なにか聞きたいこと伝えておきたいことはありますか（右欄にご記入ください）		



お分かりになる範囲で結構ですので今まで受けられた検査治療・検査に  と○印で経過のご記入をお願いします

検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査			異常なし	異常あり(卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 通水検査			異常なし	異常あり(卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり(ポリペク実施・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> ヒューナー検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			異常なし	異常あり(内服済・未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			異常なし	異常あり(治療済・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり(妊娠後治療必要 あり・なし)

当院受診までに受けたことのある治療内容のご記入をお願いします。

タイミング ( ) 回 最後に施行した日 ( 年 月)

人工授精 ( ) 回 最後に施行した日 ( 年 月)

体外受精(採卵) ( ) 回 最後に施行した日 ( 年 月)

体外受精(移植) ( ) 回 最後に施行した日 ( 年 月)

これまでに体外受精の治療を受けられたことのある方は、下記の記入例を参考に可能な範囲でいいですので、治療歴のご記入をお願いします。

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
2015年12月	〇〇 クリニック	自然・ショート法・ <b>ロング法</b> ・ アンタゴニスト法・ クロミッド法・その他( )	12	<b>体外受精</b> 顕微授精 その他( )		初期胚2 胚盤胞3	初期胚 胚盤胞 <b>移植せず</b>	せず
2016年4月	〃	1回目の移植					初期胚 <b>胚盤胞</b>	1
2016年8月	〃	2回目の移植					<b>初期胚</b> <b>胚盤胞</b>	1つずつ

体外受精治療歴 採卵回数 ( 回) 【体外受精 ( 回) 顕微授精 ( 回)】 胚移植回数 ( 回)

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法・ アンタゴニスト法・ クロミッド法・その他( )		体外受精 顕微授精 その他( )		初期胚( ) 胚盤胞( )	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚 胚盤胞	
採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法・ アンタゴニスト法・ クロミッド法・その他( )		体外受精 顕微授精 その他( )		初期胚( ) 胚盤胞( )	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚 胚盤胞	

ご記入ありがとうございました。